

Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades

Meta 3.8: Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos

Indicador 3.8.1: Cobertura de los servicios de salud esenciales

Información institucional

Organización (es):

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Conceptos y definiciones

Definición:

Cobertura de los servicios sanitarios esenciales (definida como la cobertura media de los servicios esenciales basada en intervenciones de seguimiento que incluyen la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad y el acceso a los servicios, entre la población general y la más desfavorecida).

El indicador es un índice reportado en una escala sin unidades de 0 a 100, que se calcula como la media geométrica de 14 indicadores trazadores de la cobertura de los servicios de salud.

Conceptos:

El índice de cobertura de servicios sanitarios se calcula como la media geométrica de 14 indicadores trazadores. Los 14 indicadores se enumeran a continuación y los metadatos detallados de cada uno de los componentes se ofrecen en línea

(http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/UHC_Tracer_Indicators_Metadata.pdf) y en el anexo 1. Los indicadores de seguimiento son los siguientes, organizados por cuatro grandes categorías de cobertura de servicios:

I. Salud reproductiva, materna, neonatal e infantil.

1. **Planificación familiar:** Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15–49 años) casadas o unidas que satisfacen su necesidad de planificación familiar con métodos modernos.

2. **Atención al embarazo y al parto:** Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con un nacimiento vivo en un período de tiempo determinado que recibieron atención prenatal cuatro o más veces.

3. **Inmunización infantil:** Porcentaje de lactantes que recibieron tres dosis de la vacuna que contiene difteria-tétanos-tos ferina.

4. **Tratamiento infantil:** Porcentaje de niños menores de 5 años con sospecha de neumonía (tos y dificultad para respirar NO debidas a un problema en el pecho y a una nariz obstruida) en las dos

semanas anteriores a la encuesta llevados a un centro o proveedor de salud apropiado.

II. Enfermedades infecciosas.

5. **Tuberculosis:** Porcentaje de casos incidentes de tuberculosis detectados y tratados con éxito.

6. **VIH/SIDA:** Porcentaje de personas que viven con el VIH que reciben actualmente terapia antirretroviral.

7. **Malaria:** Porcentaje de la población en zonas donde la malaria es endémica que durmió bajo un mosquitero tratado con insecticida la noche anterior [sólo para países con alta carga de malaria].

8. **Agua y saneamiento:** Porcentaje de hogares que utilizan al menos instalaciones de saneamiento básicas.

III. Enfermedades No Transmisibles.

9. **Hipertensión:** Prevalencia estandarizada por edad de la presión arterial no elevada (presión arterial sistólica <140 mm Hg o presión arterial diastólica <90 mm Hg) entre los adultos de 18 años o más.

10. **Diabetes:** Media de glucosa plasmática en ayunas estandarizada por edad (mmol/L) para adultos de 18 años o más.

11. **Tabaco:** Prevalencia estandarizada por edad de adultos ≥ 15 años que no han fumado tabaco en los últimos 30 días (indicador 3.a.1 de los ODS, metadatos disponibles [aquí](#)).

IV. Capacidad de servicio y acceso.

12. **Acceso a hospitales:** Camas de hospital per cápita, en relación con un umbral máximo de 18 por cada 10.000 habitantes.

13. **Personal sanitario:** Profesionales de la salud (médicos, psiquiatras y cirujanos) per cápita, en relación con los umbrales máximos para cada cuadro (solapamiento parcial con el indicador 3.c.1 de los ODS, ver metadatos [aquí](#)).

14. **Seguridad sanitaria:** Índice de capacidad básica del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), que es el porcentaje medio de atributos de 13 capacidades básicas que se han alcanzado (indicador 3.d.1 de los ODS, véanse los metadatos [aquí](#)).

Justificación:

La meta 3.8 se define como “Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios sanitarios esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, eficaces, de calidad y asequibles para todos”. Se trata que todas las personas y comunidades reciban los servicios sanitarios de calidad que necesitan (incluidos los medicamentos y otros productos sanitarios), sin que tengan que pasar apuros económicos. Se han elegido dos indicadores para supervisar la meta 3.8 en el marco de los ODS. El indicador 3.8.1 se refiere a la cobertura de los servicios sanitarios y el indicador 3.8.2 se centra en los gastos sanitarios en relación con el presupuesto de un hogar para identificar las dificultades financieras causadas por los pagos directos de la atención sanitaria. En conjunto, los indicadores 3.8.1 y 3.8.2 pretenden captar las dimensiones de cobertura de servicios y protección financiera, respectivamente, de la meta 3.8. Estos dos indicadores deberían ser siempre monitoreados conjuntamente.

Los países proporcionan muchos servicios esenciales para la protección, promoción, prevención, tratamiento y atención sanitaria. Los indicadores de cobertura de servicios, definidos como las personas que reciben el servicio que necesitan, son la mejor manera de seguir el progreso en la prestación de servicios en el marco de la cobertura sanitaria universal (CSU). Dado que un único

indicador de servicios sanitarios no es suficiente para el seguimiento de la CSU, se construye un índice a partir de 14 indicadores de seguimiento seleccionados en base a criterios epidemiológicos y estadísticos. Esto incluye varios indicadores que ya están incluidos en otras metas de los ODS, minimizando así la carga de recopilación de datos y la presentación de informes. El índice se presenta en una escala sin unidades de 0 a 100, siendo 100 el valor óptimo.

Comentarios y limitaciones:

Estos indicadores trazadores pretenden ser indicativos de la cobertura de servicios, no una lista completa o exhaustiva de los servicios e intervenciones sanitarias que se requieren para la cobertura sanitaria universal. Los 14 indicadores trazadores se seleccionaron porque están bien establecidos, con datos disponibles ampliamente reportados por los países (o que se espera que estén ampliamente disponibles pronto). Por lo tanto, el índice puede calcularse con las fuentes de datos existentes y no requiere iniciar nuevos esfuerzos de recopilación de datos únicamente para informar el índice.

Metodología

Método de cálculo:

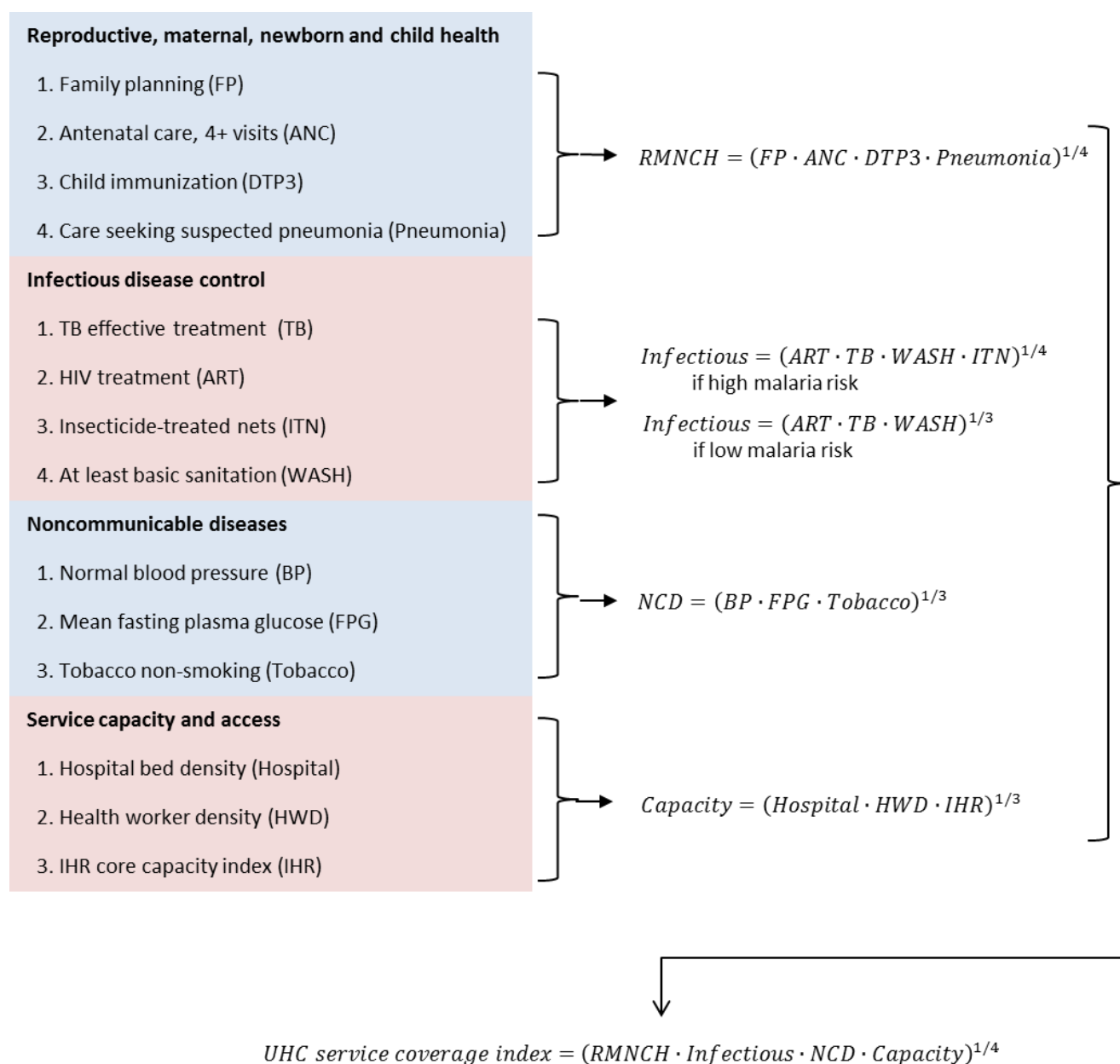
El índice se calcula con medias geométricas, basándose en los métodos utilizados para el Índice de Desarrollo Humano. El cálculo del indicador 3.8.1 requiere, en primer lugar, la preparación de los 14 indicadores trazadores para que puedan combinarse en el índice y, a continuación, el cálculo del índice a partir de esos valores.

Los 14 indicadores trazadores se colocan primero en la misma escala, siendo 0 el valor más bajo y 100 el valor óptimo. Para la mayoría de los indicadores, esta escala es la escala natural de medición, por ejemplo, el porcentaje de bebés que han sido vacunados va de 0 a 100 por ciento. Sin embargo, para unos pocos indicadores se requiere un reajuste adicional para obtener valores apropiados de 0 a 100, como se indica a continuación:

- Recalificación basada en un mínimo no nulo para obtener una resolución más fina (esto “estira” la distribución entre los países): la prevalencia de la presión arterial no elevada y la prevalencia del no consumo de tabaco se reescalan utilizando un valor mínimo del 50%.
 - Valor reescalado = $(X-50)/(100-50)*100$
- Escalado para una medida continua: la glucosa plasmática media en ayunas, que es una medida continua (unidades de mmol/L), se convierte a una escala de 0 a 100 utilizando el riesgo biológico mínimo teórico (5,1 mmol/L) y el máximo observado en todos los países (7,1 mmol/L).
 - Valor reescalado = $(7,1 - \text{valor original})/(7,1-5,1)*100$
- Los umbrales máximos para los indicadores de la tasa: la densidad de camas hospitalarias y la densidad de personal sanitario se limitan a los umbrales máximos, y los valores por encima de este umbral se mantienen constantes en 100. Estos umbrales se basan en los valores mínimos observados en los países de la OCDE.
 - camas hospitalarias reescaladas por cada 10.000 = mínimo (100, valor original / 18*100)
 - Médicos reescalados por cada 1.000 = mínimo (100, valor original / 0,9*100)
 - psiquiatras reescalados por cada 100.000 = mínimo (100, valor original / 1*100)

- cirujanos reescalados por cada 100.000 = mínimo (100, valor original / 14*100)

Una vez que todos los valores de los indicadores trazadores están en una escala de 0 a 100, se calculan las medias geométricas dentro de cada una de las cuatro áreas de servicios de salud, y luego se toma una media geométrica de esos cuatro valores. Si el valor de un indicador trazador resulta ser cero, se fija en 1 (sobre 100) antes de calcular la media geométrica. El siguiente diagrama ilustra los cálculos.



Nótese que en los países con baja carga de paludismo, el indicador de seguimiento del uso de mosquiteros tratados con insecticida se elimina del cálculo.

Tratamiento de valores faltantes:

- *A nivel de país:*

El punto de partida para calcular el índice es reunir la información existente para cada indicador de seguimiento. En muchos casos, esto implica el uso de series temporales de países que han sido

producidas o cotejadas por organismos de las Naciones Unidas en consulta con los gobiernos de los países (por ejemplo, la cobertura de inmunización, el acceso al saneamiento, la cobertura del tratamiento del VIH, etc.). Algunas de estas series temporales publicadas implican la elaboración de modelos matemáticos para conciliar múltiples fuentes de datos o imputar los valores faltantes, y estos detalles se resumen en el Anexo 1.

Después de ensamblar estos datos, todavía hay valores faltantes en algunos países/años para algunos indicadores. El cálculo del índice de cobertura de servicios de salud universal requiere valores para cada indicador de seguimiento de un país, por lo que es necesario realizar alguna imputación para cubrir estas brechas de datos. El enfoque actual consiste en un sencillo algoritmo de imputación. Para cada indicador:.

- - Si un país tiene valores faltantes entre dos años con valores, se utiliza la interpolación lineal para rellenar los valores faltantes de los años intermedios
 - Si un país tiene años históricos con valores, pero ningún valor actual, se utiliza la extrapolación constante para rellenar los valores faltantes hasta el año actual
 - Si un país no tiene valores, se imputa un valor. En el caso de la búsqueda de atención por neumonía y la densidad de cirujanos, se ajusta una regresión para imputar los valores faltantes (véase el anexo 1 para más detalles). Para todos los demás indicadores, se calcula una mediana regional para imputar los valores faltantes. Las regiones se basan en las regiones geográficas del Banco Mundial, con una agrupación separada de los países tradicionales de ingresos altos^[1]

Debido al calendario y la distribución de las diversas encuestas de salud y otros mecanismos de recopilación de datos, los países no recopilan ni informan sobre los 14 indicadores de seguimiento de la cobertura de los servicios de salud con carácter anual. Además, el seguimiento a nivel de país se realiza más adecuadamente en intervalos de tiempo más amplios, por ejemplo, cada 5 años, para permitir la recopilación de nuevos datos en los indicadores. Por lo tanto, la medida en que se ha utilizado la imputación para completar la información faltante debe comunicarse junto con el valor del índice.

- ***A nivel regional y mundial:***

Cualquier imputación necesaria se realiza a nivel de país. Estos valores de los países pueden utilizarse para calcular los valores regionales y globales.

1 .

Alemania, Argentina, Australia, Austria, Bélgica, Brunei Darussalam, Canadá, Chile, Chipre, Chequia, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Japón, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, Portugal, República de Corea, Singapur, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Reino Unido, Estados Unidos de América, Uruguay [↑](#).

Agregados regionales:

Los agregados regionales y mundiales se calculan utilizando los tamaños de la población nacional para calcular una media ponderada de los valores específicos de cada país para el índice. Esto se justifica por el hecho de que la CSU es una propiedad de los países, y el índice de servicios esenciales es una medida resumida del acceso a los servicios esenciales para la población de cada país.

Fuentes de discrepancias:

El índice de cobertura de servicios se basa en datos y estimaciones existentes y disponibles públicamente para los indicadores de seguimiento. Estas cifras ya han pasado por un proceso de consulta con el país (por ejemplo, para la cobertura de inmunización), o se toman directamente de los datos notificados por el país.

Fuentes de datos

Descripción:

Muchos de los indicadores de seguimiento de la cobertura de los servicios sanitarios se miden mediante encuestas a hogares. Sin embargo, para algunos indicadores se utilizan datos administrativos, datos de los establecimientos, encuestas de los establecimientos y sistemas de monitoreo centinelas. Las fuentes de datos subyacentes para cada uno de los 14 indicadores trazadores se explican con más detalle en el Anexo 1.

En cuanto a los valores utilizados para calcular el índice, los valores se toman de fuentes publicadas existentes. Esto incluye conjuntos de datos ensamblados y estimaciones de varias agencias de la ONU. Esto se resume en el enlace anterior.

Proceso de recolección:

Los mecanismos de recolección de datos de los países varían en función de los 14 indicadores trazadores; sin embargo, en muchos casos, un organismo de las Naciones Unidas o un grupo interinstitucional ha reunido y analizado las fuentes de datos nacionales pertinentes y, a continuación, ha llevado a cabo una consulta formal con los gobiernos de los países para revisar o producir estimaciones nacionales comparables. Para el índice de cobertura de servicios de la CSU, una vez que se ha cotejado esta información existente sobre los 14 indicadores de seguimiento, la OMS lleva a cabo una consulta por país con los puntos focales designados por los gobiernos nacionales para revisar las aportaciones y el cálculo del índice. La OMS no lleva a cabo nuevas actividades de estimación para producir valores de indicadores trazadores para el índice de cobertura de servicios; más bien, el índice está diseñado para hacer uso de series de datos de indicadores existentes y bien establecidos para reducir la carga de notificación.

Disponibilidad de los datos

Descripción:

Resumir la disponibilidad de datos para el índice de cobertura del servicio CSU no es sencillo, ya que se utilizan diferentes fuentes de datos en los 14 indicadores de seguimiento. Además, para muchos indicadores se han producido estimaciones comparables, en muchos casos recurriendo a diferentes tipos de fuentes de datos subyacentes para informar las estimaciones y al mismo tiempo utilizar proyecciones para imputar los valores faltantes. Sobre la base de las fuentes de datos subyacentes para cada uno de los indicadores de seguimiento (es decir, ignorando las estimaciones y proyecciones), la proporción promedio de indicadores utilizados para calcular el índice con los datos subyacentes disponibles desde 2010 es de alrededor del 70% en todos los países del mundo.

Serie temporal:

A finales de 2017 se publicó un valor de referencia para el índice de cobertura de los servicios de CSU para 2015 en 183 países. Como parte de este proceso, se reunieron fuentes de datos que se remontan a 2000. En 2019, se prevé publicar una serie temporal de 2000 a 2017.

Desagregación:

La equidad es fundamental para la definición de la CSU y, por lo tanto, el índice de cobertura de los servicios de CSU debe utilizarse para comunicar información sobre las desigualdades en la cobertura de los servicios dentro de los países. Esto se puede hacer presentando el índice por separado para la población nacional frente a las poblaciones desfavorecidas para resaltar las diferencias entre ellas.

Para los países, la ubicación geográfica es probablemente la dimensión más factible para la desagregación sub-nacional basada en los niveles medios de cobertura medidos con las fuentes de datos existentes. Para ello, el índice de CSU puede calcularse por separado, por ejemplo, por la provincia o la residencia urbana frente a la rural, lo que permitiría realizar comparaciones sub-nacionales de la cobertura de los servicios. En la actualidad, los datos más fácilmente disponibles para desagregar otras dimensiones de la desigualdad, como la riqueza de los hogares, se refieren a los indicadores de cobertura dentro de la categoría de servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. La desigualdad observada en esta dimensión se puede utilizar como un proxy para comprender las diferencias en la cobertura de servicios entre las dimensiones clave de desigualdad. Este enfoque debería sustituirse por la desagregación completa de los 14 indicadores de trazado una vez que se disponga de datos para hacerlo.

Calendario

Recopilación de datos:

La recopilación de datos varía de 1 a 5 años entre los indicadores de seguimiento. Por ejemplo, los datos de los países sobre inmunizaciones y tratamiento del VIH se comunican anualmente, mientras que las encuestas a hogares para recopilar información sobre el tratamiento de los niños pueden realizarse cada 3-5 años, dependiendo del país. En el Anexo 1 se pueden encontrar más detalles sobre los indicadores de seguimiento individuales.

Publicación de datos:

La primera publicación de los valores de referencia para el índice de cobertura de servicios de CSU tuvo lugar en diciembre de 2017. Está previsto que se publique una actualización en septiembre de 2019.

Proveedores de datos

En la mayoría de los casos, los Ministerios de Salud y las Oficinas Nacionales de Estadística supervisan la recopilación de datos y la presentación de informes para los indicadores de cobertura de los servicios sanitarios.

Compiladores de datos

La Organización Mundial de la Salud, a partir de las aportaciones de otros organismos internacionales.

Indicadores relacionados en febrero de 2020

El índice de cobertura de servicios de la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) está diseñado para resumir los indicadores existentes de la cobertura de los servicios de salud con el fin de garantizar la coherencia con los ODS y otras iniciativas mundiales y reducir la duplicación y la carga de información. Actualmente, el índice incluye otros dos indicadores de los ODS (3.a.1 y 3.d.1).

El indicador 3.8.1 debe interpretarse siempre junto con el otro indicador de ODS sobre la cobertura sanitaria universal, el 3.8.2, que mide la protección financiera.